

COVID-19 : Feuille de renseignements

Coller l'étiquette code à barres
: ORDO

Prélèvement

Date : Visa :
Lieu :

Prise de rendez-vous pour le dépistage du Covid-19		Informations obligatoires	
Nom :	Prénom :	Sexe :	
Nom de naissance :	Date de naissance :		
Nom médecin traitant :			
Email :	Numéro de portable :		
Numéro de sécurité sociale :	Caisse de rattachement :		
	Département :		

Type hébergement	Type de profession
<input type="checkbox"/> Maison ou appartement (seul ou en famille) <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident EHPAD <input type="checkbox"/> En milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre structure d'hébergement collectif	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé (médical ou paramédical) <input type="checkbox"/> Non professionnel de santé

Date des premiers Symptômes :	<input type="checkbox"/> DATE :	<input type="checkbox"/> Absence de symptômes
-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------

Symptômes	Facteurs de risques
<input type="checkbox"/> Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/> Toux sèche ou grasse	<input type="checkbox"/> Antécédents accident vasculaire cérébral
<input type="checkbox"/> Sensation d'oppression	<input type="checkbox"/> Pathologies coronariennes
<input type="checkbox"/> Sensation d'essoufflement	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Antécédent de chirurgie cardiaque
<input type="checkbox"/> Courbatures	<input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant non équilibré
<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire chronique
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Patient dialysé
<input type="checkbox"/> Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé
<input type="checkbox"/> Perte de l'odorat	<input type="checkbox"/> Cancer sous traitement
<input type="checkbox"/> Perte du goût	<input type="checkbox"/> Grossesse
<input type="checkbox"/> Symptômes digestifs	<input type="checkbox"/> Plus de 70 ans
	<input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30Kg/m ²